

Os Investimentos das Indústrias Farmacêuticas Brasileiras em Programas Sociais: uma análise dos indicadores sociais de 2006

Investments of Brazilian Drug Companies in Social programs: an analysis of 2006 social indicators

Silvio Luiz Gonçalves Pereira

Farmacêutico-bioquímico. Doutor em História Social. Pesquisador do Grupo de Pesquisa Sociedade Contemporânea, Ciências Sociais e Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública - USP.

Endereço: Rua José Alves Cunha Lima, 159, apto. 11, bloco 1, Butantã, CEP 05360-050, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: silviohi@usp.br

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar a evolução dos investimentos sociais praticados pelo setor industrial farmacêutico brasileiro. A importância do estudo das políticas sociais criadas por esse importante segmento produtivo deve-se à sua forte influência nas mais variadas definições sobre políticas de saúde, entre elas o conflituoso campo de disputa entre a defesa das patentes por parte das empresas e as tentativas de licenciamento compulsório de medicamentos, por parte do governo. Tomamos como fonte de pesquisa os indicadores sociais de 62 indústrias farmacêuticas, relativos ao ano de 2006, publicados pela Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Febrapharma), em maio de 2007, sob o título Painel Social, apresentados de três formas: dados gerais sobre o número de programas, valores investidos e o número de pessoas beneficiadas; dados gerais classificados segundo um modelo pré-definido e composto de categorias fixas (saúde, educação, comunidade, valorização da vida, cultura, meio ambiente, voluntariado e outros); e dados individualizados por empresa, com a indicação das ementas de cada programa criado. Buscamos com a reflexão sobre esses indicadores averiguar se eles possibilitam realizar um acompanhamento longitudinal das diretrizes e das proposições relacionadas às ações socialmente responsáveis praticadas pelas indústrias farmacêuticas.

Palavras-chave: Mercado farmacêutico; Programas sociais; Indicadores sociais.

Abstract

The purpose of this article was to analyze the progress of social investments of Brazilian pharmaceutical industry. Studying social policies created by this major productive sector is important due to its strong influence on a wide variety of health policies, among them the conflicting battlefield between company's patent protection and government's compulsory license for patent drugs. The 2006 social indicators of 62 pharmaceutical companies, published in the Social Panel by the Brazilian Federation of Pharmaceutical Companies (Febrafarma) in May 2007, were studied. This publication included information in three different formats: general data on the number of programs; amounts invested and number of beneficiaries; general data categorized according to a predefined model comprising fixed categories (health, education, community, quality of life, culture, environment, and other); and customized data for each company including a summary of each program implemented. The purpose of the study was to assess whether these indicators allow a longitudinal follow-up of policies and proposals concerning social accountability of pharmaceutical companies.

Keywords: Pharmaceutical Market; Social Programs; Social Indicators.

Introdução

Impulsionada principalmente pelo desenvolvimento tecnológico ocorrido após a Segunda Guerra Mundial, a aceleração do processo de globalização da economia observada nos anos posteriores, com maior intensidade a partir da década de 1980, efetivou uma série de estratégias, entre elas a transferência e a concentração das tecnologias das grandes empresas instaladas nos centros hegemônicos do capital para países onde as condições eram mais favoráveis à ampliação dos lucros, por meio da racionalização dos processos produtivos em nível mundial e da redução de seus custos – entre outros fatores, impostos favoráveis, baixo custo da mão-de-obra, facilidade de obtenção de matérias-primas e de escoamento dos produtos, proximidade dos mercados consumidores etc.

A globalização da economia tem sido altamente positiva apenas para as empresas e grandes corporações dos países ricos e mais industrializados, ao possibilitar elevado acúmulo de capital em diversos ramos produtivos. Entretanto, esses altos índices de lucratividade contradizem-se com a profunda concentração da riqueza e da desigualdade social nos países menos favorecidos. De um lado, carestia e desemprego, de outro, transferência de dividendos dos polos produtivos mundiais altamente especializados para os centros hegemônicos do capital. Uma situação de extrema desigualdade, que tem sido amenizada por meio da aplicação de uma diminuta parcela dos exorbitantes lucros das empresas em programas sociais, justificados no meio empresarial como fundamentais para a melhoria das condições de vida da população (economicamente ativa, obviamente).

Para os empresários, os investimentos em ações socialmente responsáveis não podem cerrar-se apenas nas esferas produtivas. A publicação dos resultados em investimentos sociais, os chamados balanços ou indicadores sociais – definidos, segundo o Instituto Brasileiro de Análises Sociais (Ibase), como demonstrativos que as empresas publicam “reunindo um conjunto de informações sobre os projetos, benefícios e ações sociais dirigidas aos empregados, investidores, analistas de mercado, acionistas e à comunidade” (Ibase, 2007) –, passou a ser vista pelas empresas não como simples ação de filantropia, mas como parte dos seus projetos estratégicos, visando aumentar sua competitividade,

rentabilidade e a força da marca, produto ou instituição nos respectivos mercados, ou seja, um investimento de baixo custo, cujo maior volume é destinado à publicidade dos programas sociais, e não à efetividade de suas ações, e com retorno garantido.

No Brasil, as primeiras discussões sobre a publicação de balanços sociais pelas empresas surgiram no Congresso Nacional, no final dos anos 1970. Apenas a partir de meados da década seguinte é que foram publicados os primeiros relatórios: em 1984, da Nitrofértil, empresa do ramo de fertilizantes localizada no Estado da Bahia, atual Fábrica de Fertilizantes Nitrogenados da Petrobras (Fafen); em meados da década de 1980, do Sistema Telebrás, sociedade de economia mista criada em julho de 1972 e ligada ao Ministério das Comunicações; e em 1992, do Banco do Estado de São Paulo (Banespa).

A partir de 1997, a veiculação desses indicadores sociais ganhou visibilidade nacional, com a atuação do sociólogo Herbert de Souza, então presidente do Ibase, lançando a campanha pela divulgação voluntária e criando, no ano seguinte, o Selo Balanço Social Ibase/Betinho, conferindo-o às empresas que publicam anualmente seus indicadores sociais no modelo, na metodologia e nos critérios propostos pelo instituto (Ibase, 2007).

Passados quase 25 anos dos primeiros relatórios publicados no Brasil, voltamos nosso interesse em analisar o balanço social do setor industrial farmacêutico brasileiro, objeto deste artigo. Igualmente inseridas nessa dinâmica de criação e apoio a programas sociais e visibilidade no mercado, 62 indústrias farmacêuticas instaladas no país apresentaram seus investimentos nesta área referentes ao ano de 2006, o que resultou na publicação, em maio de 2007, do Painel Social, sob a coordenação da Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica - (Febrafarma).

A importância da análise do setor farmacêutico brasileiro deve-se à sua inserção num complexo sistema de relações que se desdobram, por sua vez, numa série de questões cruciais para a saúde pública, das quais destacamos, entre outras, a prática monopolista do conglomerado das indústrias farmacêuticas e seus impedimentos às práticas de licenciamento compulsório de medicamentos de interesse público; a multiplicação de variações de medicamentos já existentes, com novas patentes e, claro, novos preços; a utilização de propaganda intensiva, ou com baixo grau

de esclarecimento, ou, ainda, enganosa e estimulando a automedicação e o uso abusivo de medicamentos; os casos de falsificações; o elevado número de farmácias e drogarias, facilitando o descontrole sanitário; a ausência de responsável técnico sobre as boas práticas de conduta especializada e o aumento do “mercado negro” de medicamentos.

Segundo José Augusto Cabral de Barros, os medicamentos, inseridos na lógica do mercado, especialmente a partir da Segunda Guerra Mundial, passaram a corresponder menos aos propósitos sanitários e mais à “crença desmedida e acrítica de seus poderes”, reforçando, assim, uma verdadeira “cultura da pílula”, dominante na sociedade moderna, ao mesmo tempo em que a medicina passou a praticar uma abordagem mecanicista e reducionista do processo saúde/doença, como, por exemplo, o caso das depressões e a preferência dos clínicos pela prescrição de ansiolíticos, relegando a um segundo plano a visão de que o homem é um complexo de componentes biológicos, emocionais e sociais (Barros, 2004, p. 21-22).

Para o autor, as razões que contribuem para a consolidação de comportamentos e valores que distorcem o papel efetivo dos medicamentos e atuam no propósito de ampliar a demanda podem ser assim resumidas:

- ausência ou descumprimento de regulamentação relativa ao lançamento de novos produtos;
- inexistência de mecanismos de controle sobre seu comércio e dispensação, mesmo com a existência de legislação específica;
- papel privilegiado dos medicamentos nos serviços de saúde e na prática de profissionais e usuários, em virtude de componentes simbólicos que reforçam a eficácia dos fármacos;
- publicidade massiva, direcionada tanto a prescritores como a consumidores, sem que haja disponibilidade de outras fontes de informação isentas do caráter mercadológico (Barros, 2004, p. 24).

Entendida como “a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo”, a *medicalização*, reforçada pela publicidade farmacêutica, é a expressão mais adequada para esse modelo biomédico reducionista e mecanicista. O capitalismo, transformando tudo em mercadoria com o objetivo de produzir lucros,

provocou a gestação de um “complexo médico-industrial” e a mercantilização da medicina, que trouxeram inúmeros resultados negativos, entre eles o acesso não equânime e universal aos serviços médico-assistenciais, colocando grande contingente populacional, como se observa no Brasil, à margem do consumo de medicamentos, muitos deles essenciais (Barros, 2004, p. 50-51, 54).

Segundo Fernando Lefèvre, o sentido do medicamento não se esgota na sua dimensão terapêutica, e, portanto, suas relações com o consumidor ou prescritor implicam, sob o ponto de vista da educação em Saúde Pública, em um fenômeno mais complexo do que a questão da automedicação ou do cumprimento ou não das recomendações médicas. Por sua vez, o consumo de medicamentos também ultrapassa “o nível descritivo de análise do social”, pois não se constitui numa disfunção social, mas, na verdade, na expressão da hegemonia da mercadoria. Segundo o autor, “o objeto medicamento, na formação social brasileira, não é uma, mas, pelo menos, três coisas: um agente quimioterápico, uma mercadoria e um símbolo”, todas ocorrendo ao mesmo tempo: o medicamento cura, controla e previne (aspecto terapêutico), aliena e domina (a saúde reificada na mercadoria), representa e simboliza (a Saúde representada no produto farmacêutico) (Lefèvre, 1991, p. 16-19).

No modo de produção capitalista, a Saúde aparece como uma mercadoria propiciadora de saúde, adaptada à lógica do mercado, transfigurada em medicamentos, sistemas médico-hospitalares, procedimentos terapêuticos, planos de saúde etc., e definida, no pensamento sanitário, como “medicalização” da sociedade. Nesse contexto, a mercadoria medicamento é uma das materializações ou símbolos de saúde, um bem adquirível no mercado, e objeto de um processo social de produção de significado engendrado por uma dada formação social concreta, ou seja, como um símbolo por meio do qual emanam discursos, por exemplo, sobre saúde e doença. Portanto, o medicamento é, ao mesmo tempo, um objeto de sentido e um produtor de sentido, uma mercadoria simbólica que contém uma face material (o comprimido, o xarope, a pílula etc.) cujo consumo, por meio das diferentes vias de administração, materializa uma entidade abstrata, a Saúde (Lefèvre, 1991, p. 23, 31-32, 52-53).

Método

A metodologia desta pesquisa ateu-se ao estudo quantitativo e qualitativo dos programas sociais, apresentados no Painel Social publicado pela Febrapharma em maio de 2007¹. A enorme quantidade de informações possibilitou o destaque de importantes aspectos, fundamentais para a compreensão das formas como o setor farmacêutico posiciona-se diante das práticas socialmente responsáveis, das quais podem ser destacados, segundo dados do relatório, a evolução entre 2002 e 2006 do número total de programas, número de pessoas e os valores financeiros investidos; a distribuição dos programas por categorias, nomeadas Saúde, Educação, Comunidade, Valorização da vida, Cultura, Meio ambiente, Voluntariado e Outros; os investimentos internos e o número de pessoas beneficiadas, ou seja, programas voltados aos funcionários e familiares; e os dados apresentados por cada indústria farmacêutica participante do relatório, igualmente relativos a investimentos e número de pessoas beneficiadas.

Numa análise qualitativa dos dados apresentados no Painel Social, buscou-se aprofundar a análise dos objetivos dos investimentos sociais praticados pelas indústrias farmacêuticas, por meio de uma reflexão sobre as ementas descritoras dos programas sociais de todas as participantes. Observou-se que, em diversas situações, a tipologia empregada na descrição desses indicadores sociais, dividida em apenas cinco itens – Assistência Social, Investimento Social, Parceria, Marketing relacionado à causa e Trabalho Voluntário –, não dá conta da diversidade de projetos. Desse modo, elaboramos outra classificação, compreendendo 18 especificações, entre elas: educação profissional e formal; programas em saúde; doações em dinheiro, de medicamentos e equipamentos; investimentos em cultura, esporte e lazer; campanhas diversas, tais como de doação de sangue, do agasalho e de Natal, visto que o desdobramento em outras categorias facilitaria a análise mais aprofundada dos dados publicados.

Deve-se destacar que este Painel Social apresenta os dados fornecidos pelas próprias empresas participantes, sendo impossível determinar sua dinâmica de criação e atuação. Muitos programas são criados e podem não ser levados adiante, pois objetivam apenas

1 Disponível em: <http://www.febrapharma.org.br/index.php?area=cs&secao=missao_social&modulo=painel_s>. Acesso em: 21 jul. 2007.

a inserção na lógica empresarial moderna de atuação socialmente responsável, bem como obter vantagens competitivas por meio de benefícios tributários.

Resultados

De acordo com os resultados apresentados no Painel Social das indústrias farmacêuticas que atuam no país, entre 2002 e 2006, os dados globais anuais referentes aos programas sociais do setor mostraram o contínuo crescimento dos investimentos. Comparando-se os recursos aplicados em 2002 com os de 2006, o aumento dos investimentos sociais foi da ordem de 343%. Em 2006, os investimentos somaram 64,6 milhões de reais

(cerca de 32,3 milhões de dólares), o que corresponde a 0,3% dos lucros obtidos na venda de medicamentos no Brasil no mesmo período, que atingiram a cifra aproximada de 11 bilhões de dólares (Tabela 1).

As três principais categorias apresentadas no Painel Social, que tiveram maiores investimentos – saúde, educação e comunidade –, representaram juntas R\$ 52,8 milhões, ou seja, 82% do total, mostrando com isso o seu predomínio nos objetivos sociais dessas empresas, aplicando a maior parte dos investimentos em programas que, em médio e longo prazo, reverterem em seu próprio benefício, porque atuam nas condições fundamentais para a qualidade de vida de seus funcionários, familiares e entorno (Tabela 2).

Os investimentos das indústrias farmacêuticas brasileiras em programas sociais: uma análise dos indicadores sociais de 2006

Tabela 1 - Programas Sociais das indústrias farmacêuticas entre 2002 e 2006: número de programas, pessoas beneficiadas, valores totais investidos (em milhões de R\$) e investimentos por pessoa beneficiada (em R\$)

	2002	2003	2004	2005	2006
Número de programas	197	297	407	455	539
Pessoas beneficiadas (em milhões)	4,1	7,2	8,7	12,4	24,3
Investimentos (em milhões de R\$)	18,8	30,8	42,5	44,6	64,6
Investimentos por pessoa beneficiada (em R\$)	4,49	4,28	4,88	3,60	2,66

Fonte: Febrapharma. Painel Social 2006. Disponível no sítio "http://www.febrapharma.org.br/index.php?area=cs&secao=missao_social&modulo=painel_s". Acesso em 21 de julho de 2007.

Tabela 2 - Programas Sociais das indústrias farmacêuticas em 2006: categorias, número de programas, pessoas beneficiadas e valores investidos (em milhões de R\$)

Categoria	Número de programas	Pessoas beneficiadas (em milhares)	Investimentos (em milhões de R\$)
Saúde	122	4321	29
Educação	92	17033	12,7
Comunidade	147	352	11,1
Valorização da vida	48	27	5,18
Cultura	31	92,2	3,22
Meio ambiente	43	867	1,53
Outros	27	1609	1,09
Voluntariado	29	76	0,69

Fonte: Febrapharma. Painel Social 2006. Disponível no sítio "http://www.febrapharma.org.br/index.php?area=cs&secao=missao_social&modulo=painel_s". Acesso em 21 de julho de 2007.

A distribuição dos investimentos das indústrias farmacêuticas em faixas de valores mostra que apenas um terço das empresas destinaram recursos acima de um milhão de reais em programas sociais, enquanto oito indústrias farmacêuticas, das quais sete multinacionais – Alcon, Novartis, Schering do Brasil, Genzyme, Roche, Jansen Cilag e Sanofi Aventis – e uma nacional – Aché –, ou seja, 13% do total, totalizaram investimentos acima de dois milhões de reais (Tabela 3).

A partir da análise qualitativa dos programas apresentados por cada indústria farmacêutica no Painel Social, por meio das ementas dos projetos, foi possível elaborar outra classificação, mais apropriada para uma discussão acerca dos indicadores sociais desse setor produtivo (Tabela 4).

Tabela 3 - Programas Sociais das indústrias farmacêuticas em 2006: investimentos por faixas de valores e respectivo número de empresas

Valores investidos (em R\$ x 1.000)	Número de empresas
De 1 a 100	18
De 101 a 500	12
De 501 a 1.000	14
De 1.001 a 2.000	10
De 2.001 a 5.000	5
Acima de 5.001	3

Tabela 4 - Programas Sociais das indústrias farmacêuticas em 2006: campos de ação, número de programas e respectivo valor percentual

Campos de ação	Número de programas	(%)
Educação técnica ou profissionalizante	84	15,5
Programas de saúde	64	11,8
Doação em dinheiro	63	11,6
Doações diversas (roupas, cestas básicas, computadores etc.)	57	10,5
Programas voltados ao meio ambiente	51	9,4
Investimentos em cultura, esporte e lazer	47	8,7
Apoios diversos, sem envolvimento financeiro	36	6,7
Doação de medicamentos	34	6,3
Educação formal de crianças e adolescentes	21	3,9
Campanha de Natal	21	3,9
Publicidades de fomento à geração de programas sociais	18	3,3
Programas voltados à melhoria da qualidade de vida em geral	15	2,8
Campanha do agasalho	10	1,8
Programas de combate à fome	7	1,3
Concursos e premiações em saúde	6	1,1
Campanha de doação de sangue	4	0,7
Causa indígena	2	0,4
Projeto agrícola	1	0,2

Os números apresentados pelo Painel Social, tomados de forma absoluta, parecem definir uma forte participação das indústrias farmacêuticas nas práticas socialmente responsáveis. Entretanto, não se comparam ao montante de investimentos voltados para a comunidade interna, também publicado no Painel Social: 144,3 milhões de reais, ou seja, mais que o dobro, além de beneficiar uma população mais restrita, cerca de 200 mil funcionários, numa relação de aproximadamente R\$ 720,00 por funcionário, um valor 270 vezes maior que o gasto para beneficiar uma pessoa da comunidade, que em 2006 foi da ordem de R\$ 2,66 (Tabela 1).

Os principais tipos de programas voltados ao público interno, em 2006, também são de outra natureza: plano de previdência privada, com investimentos de 66,3 milhões de reais; compromisso com desenvolvimento profissional e empregabilidade dos funcionários, com 28,7 milhões; e programas de educação formal, com 17,1 milhões. Representando 78% do total, essas ações são cruciais para a manutenção do binômio otimização dos processos produtivos/maximização dos lucros. Essa lógica confirma-se quando confrontada com os reduzidos investimentos em programas internos com caráter mais social, como combate ao assédio moral ou sexual, que totalizaram cerca de 173 mil reais; valorização e motivação dos funcionários, 480 mil; fomento e valorização da cidadania, 500 mil; e incentivo à cultura, 600,2 mil reais.

Discussão

Segundo Marilene Cabral do Nascimento, após a Segunda Guerra Mundial, a indústria farmacêutica conheceu um período de grande expansão, tornando-se um dos segmentos mais lucrativos da produção industrial contemporânea. O respectivo incremento do consumo foi resultado da popularização dos medicamentos industrializados, cada vez mais diversificados, do desenvolvimento econômico e do surgimento de estruturas de poder entre o Estado, as organizações de saúde e os fabricantes, cada vez mais influenciando médicos, pacientes e os projetos de pesquisas, induzindo a demanda por medicamentos (Nascimento, 2005).

No Brasil, até praticamente meados da década de 1950, as indústrias farmacêuticas existentes conse-

guam atender razoavelmente as demandas do mercado. Com a política desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek (1955-1960), apoiada principalmente na Instrução 113 da Superintendência da Moeda e do Crédito (Sumoc) - instituída no início de 1955, no final do governo de Café Filho e estando à frente do Ministério da Fazenda Eugênio Gudin, diretor das subsidiárias da Bond & Share no Brasil, liberando a importação de máquinas e equipamentos sem cobertura cambial e sem restrição à existência de similares no país -, a economia brasileira abriu-se aos investimentos e controles estrangeiros (Coelho, 1980, p. 47-48).

O processo de desnacionalização do setor industrial farmacêutico brasileiro acelerou-se de tal forma que, no final da década de 1960, 94% das empresas estavam sobre controle estrangeiro. As razões para esse domínio externo foram a defasagem tecnológica na síntese e produção de medicamentos à base de elementos químicos de alta complexidade e as facilidades oferecidas pelo governo brasileiro ao capital estrangeiro. Entretanto, a transferência de tecnologia, definida nos centros hegemônicos do capitalismo internacional, apresentava distorções em relação à economia nacional, em virtude de sua produção estar estritamente relacionada às condições socioeconômicas dos países desenvolvidos; e da característica oligárquica das multinacionais, altamente orientadas para o mercado, o que refletia na natureza, quantidade e custos dessa tecnologia. O resultado dessa transferência levou a um fornecimento de drogas inadequadas à realidade nacional, de preço excessivo e desigualmente distribuídas, ao mesmo tempo em que perpetuava o sistema de dependência tecnológica (Coelho, 1980, p. 49-51).

Nesse contexto de concentração maciça do setor industrial farmacêutico brasileiro, no final da década de 1950 e nas duas décadas seguintes, ocorreu uma progressiva aquisição das empresas nacionais pelas multinacionais, mostrando assim que o tão propagado desenvolvimento tecnológico buscava apenas uma hegemonia de mercado. Constituem exemplos das "joint ventures" estabelecidas as associações entre: Laborterápica e Bristol S.A. (1957), Moura Brasil e Merrell (1960), Endochimica e Mead Johnson (1960), Sintético e Searle (1967), Laboran e Syntex (1968), Prociex e BYK (1969), Kerato-Lok e Allergan (1972), Maurício Villela e Beecham (1972), Cissa e Alcon (1974), Hiplex e Soesenius (1977) (Coelho, 1980, p. 58, 68).

As indústrias farmacêuticas de capital aberto têm como objetivo aumentar o valor de suas ações por meio da maximização dos lucros, cujos resultados são impressionantes. Em 1993, as indústrias farmacêuticas no Brasil faturaram 5 bilhões de dólares em vendas. Esse faturamento elevou-se para 8,2 bilhões em 1995 e para cerca de 10 bilhões em 1996, ao passo que o faturamento histórico do setor tinha se mantido em torno dos 2 bilhões de dólares durante toda a década de 1980. Essa extraordinária elevação nos lucros não foi acompanhada de uma expansão proporcional na produção, ou seja, esses resultados financeiros traduziram uma enorme elevação dos preços dos medicamentos, consequência da política neoliberal de competição aberta e de liberação de preços – enquanto que a inflação dos anos 1992/1993 foi de 1.608%, os preços liberados dos medicamentos elevaram-se 2.600% –, bem como o progressivo dismantelamento da Central de Medicamentos (CEME), em detrimento da adoção a qualquer custo da política dos medicamentos genéricos. Entre 1992 e 1996, o setor farmacêutico brasileiro expandiu-se cerca de 30%, em meio a um processo de fusões das gigantes multinacionais do setor, como as da Roche e Syntex, da American Home e Cynamid, da Hoechst Russel e Marion Merrell, da Rhône-Poulenc Rorer e Fisons, da Pharmacia e Upjohn, da Ciba e Sandoz, que originou a Novartis, e da Glaxo e Wellcome (Oliveira, 1997, p. 47-49, 52, 55).

De acordo com os resultados divulgados pela IMS Health Incorporated, empresa de consultoria na área farmacêutica, em 2006, as vendas globais de medicamentos com prescrição atingiram 602 bilhões de dólares. As dez principais indústrias farmacêuticas totalizaram cerca de 275 bilhões de dólares em vendas: Pfizer: 45,083 bilhões de dólares; GlaxoSmithKline: 37,034; Sanofi-Aventis: 35,638; Novartis: 28,880; Hoffmann-LaRoche: 26,596; AstraZeneca: 25,741; Johnson & Johnson: 23,267; Merck & Co.: 22,636; Wyeth: 15,683; e Eli Lilly: 14,814 bilhões de dólares².

No Brasil, a situação não é diferente: após assistir a um forte crescimento nos anos finais da década de 1990 e posterior decréscimo nos anos iniciais do novo

século, entre 2002 e 2006, as vendas da indústria farmacêutica dobraram, passando de cerca de 5,2 bilhões de dólares para 10,9 bilhões (sem o desconto de impostos). Apenas nos meses de janeiro a maio de 2007, o valor em vendas já havia atingido a cifra de seis bilhões de dólares. Contudo, esse aumento nas vendas de medicamentos não foi acompanhado pelo respectivo aumento das unidades vendidas, que se manteve praticamente em torno de um bilhão e 600 milhões desde 2000, significando com isso que, nos últimos sete anos, a produtividade do setor farmacêutico atingiu uma estabilidade, e os sucessivos aumentos de rentabilidade não se efetivaram por meio de uma economia de escala (baixo valor agregado por meio do elevado volume de produção), mas por uma drástica redução nos custos de produção: em 2002, o preço médio de um medicamento produzido era 3,22 dólares, em 2006, 6,54 dólares, ou seja, mais que o dobro – entre janeiro e novembro de 2007, esse valor atingiu a cifra de 8,00 dólares³.

Vale destacar que a amplitude dessa lucratividade das indústrias farmacêuticas brasileiras é infinitamente superior aos valores investidos em programas sociais, que, em 2006, foram da ordem de 64,6 milhões de reais, ou seja, 0,3%. Esse valor está bem abaixo do limite permitido de deduções sobre o imposto devido das pessoas jurídicas que, segundo a Lei Federal nº 9.249, de 26 de dezembro de 1995, que trata da legislação do imposto de renda das pessoas jurídicas, bem como da contribuição social sobre o lucro líquido, é de 2% do imposto devido, calculado com base no lucro real, enquanto as doações a projetos culturais podem ser deduzidas até o limite de 4%, e 1% no caso das doações para os Fundos da Criança e Adolescente (BNDES, 2000, p. 18).

Os dados apresentados pelo Painel Social mostram uma grande variabilidade dos valores investidos pelas indústrias farmacêuticas em programas sociais, mas como são valores percentuais provisionados nos respectivos orçamentos, em geral, são proporcionais à lucratividade dos negócios, ou seja, quanto maior o porte da empresa maior sua participação em progra-

2 Resultados divulgados pela IMS Health Incorporated, disponíveis no sítio <http://www.imshealth.com/web/channel/0,3147,64576068_63872702_70260998,00.html>. Acesso em 16 de julho de 2007.

3 Os resultados da atuação das indústrias farmacêuticas no Brasil são divulgados pela Febrafarma e encontram-se disponíveis no sítio <http://www.febrafarma.org.br/index.php?area=ec&secao=vd&modulo=economia_arqs>. Acesso em 23 de janeiro de 2008.

mas sociais. Conforme destacado, por exemplo, na Tabela 3, 18 empresas de pequeno e médio porte e com baixa participação no mercado farmacêutico (cerca de 30% das empresas participantes) investiram juntas apenas 624 mil reais, ou seja, um pouco abaixo de 10% do total. O número de programas também demonstrou um elevado coeficiente de variação: 35% das empresas participantes chegaram a criar mais de dez programas sociais, enquanto a média das demais ficou em torno de seis programas.

Foi possível observar que os números apresentados no Painel Social trazem uma série de contradições, quando comparados com os valores investidos internamente, ou seja, em ações voltadas aos funcionários, clientes e parceiros. Além de serem mais elevados, buscam abranger um número bem menor de pessoas, por meio de programas solidamente constituídos – na área educacional, por exemplo, cursos de formação superior, especialização e pós-graduação –, ao passo que, para a comunidade, a grande quantidade de pessoas atingidas expressa a ideia na qual a ação social se traduz, na mesma ideia de economia de escala aplicada aos processos produtivos: quanto mais abrangentes os programas, mais pessoas “transformadas” e maior a visibilidade dos resultados.

Em relação aos objetivos dos programas sociais criados pelas indústrias farmacêuticas brasileiras, de acordo com os dados apresentados na Tabela 4, observa-se uma grande diversidade de investimentos nesse campo. Contudo, o setor farmacêutico brasileiro investiu seus recursos em cinco atividades principais: educação profissional (15,5%), programas de saúde (11,8%), doações em dinheiro (11,6%), doações diversas (10,5%) e meio ambiente (9,4%), atingindo, juntas, quase 60% de todos os empreendimentos.

Uma série de razões possibilita-nos compreender essa concentração de ações socialmente responsáveis, dentre elas a visibilidade do programa, o atendimento aos objetivos propostos, a capacidade de abrangência, a convergência com as operações de marketing da empresa/produto, o baixo custo investido por pessoa beneficiada. Dos resultados apresentados, o investimento prioritário em educação profissional e em programas em saúde mostra um jogo de interesses das indústrias farmacêuticas, ao dirigir seus recursos em programas que, em médio e longo prazo, reverterem em seu próprio benefício, porque atuam nas condições fundamentais

para a qualidade de vida de seus funcionários, familiares e entorno.

A educação profissional patrocinada pelas indústrias farmacêuticas procura estimular as especialidades convergentes com os interesses do negócio – cursos técnicos (mecatrônico, eletricitista, químico) e de nível superior (engenharia, farmácia). Investe-se igualmente na educação formal, mas em menor intensidade, ou melhor, o necessário para que o pessoal operacional possa ler e interpretar sem erros as rígidas instruções e procedimentos para o comando das máquinas de altíssima produtividade.

Os programas em saúde foram criados, em sua maioria, tendo como foco os problemas em saúde que fazem parte do negócio dessas empresas, por exemplo, segmento de medicamentos de reposição hormonal e programas de câncer da mama ou da saúde da mulher, constituindo-se num econômico e eficiente investimento publicitário. Seguindo as linhas de marketing definidas para seus produtos, as indústrias farmacêuticas também investem em educação em saúde e em programas para deficientes físicos e/ou visuais. Por sua vez, o elevado número de programas sociais criados com base em doações de dinheiro, de medicamentos e de equipamentos, alimentos e roupas, num total de 154 (28%), indica que uma expressiva quantidade de indústrias farmacêuticas ainda veem as ações socialmente responsáveis como atividades filantrópicas, assistencialistas, sem a necessidade de uma efetiva transformação social.

Os cinco programas de menor interesse das indústrias farmacêuticas somaram apenas 4% do total, mesmo que seus objetivos fossem da maior importância para a sociedade: programa de combate à fome (1,3%), concursos e premiações em saúde (1,1%), campanha de doação de sangue (0,7%), causa indígena (0,4%) e projeto agrícola (0,2%).

Outro ponto a destacar da análise do Painel Social é o tratamento dado à categoria meio ambiente para o setor produtivo farmacêutico: foi o quinto tipo de programa social que recebeu mais investimentos, algo em torno de 1,5 milhões de reais em 43 programas, mas com a participação de apenas 27 empresas. Mesmo procurando criar políticas compensatórias nessa direção, que sabemos não conseguem resolver todos os problemas, os recursos aplicados para a melhoria das condições ambientais são muito baixos, se levarmos em conta o

alto grau de periculosidade relacionado às operações produtivas desse setor, ao manusear produtos químicos e gerar resíduos altamente nocivos ao meio ambiente.

Todas essas discussões sobre o Painel Social publicado pelas indústrias farmacêuticas brasileiras mostram que os indicadores sociais apresentados têm suas limitações de compreensão, visto que apenas destacam o montante de investimentos, agregados em modelos pré-definidos, os quais tornam o documento evasivo e genérico, negando, com isso, o próprio propósito da publicação: a veiculação da transparência das ações sociais do setor farmacêutico. Apenas por meio do aprimoramento desses indicadores sociais, distribuídos em categorias mais desdobradas e com a indicação dos respectivos investimentos, é possível realizar um acompanhamento longitudinal do posicionamento do setor farmacêutico nas ações socialmente responsáveis, desde a clareza de concepção e de campos de ação melhor especificados, e, além de apresentar os investimentos na área, demonstrar os resultados concretos dos projetos implantados, possibilitando, dessa forma, a apreensão mais adequada das transformações deles advindos.

Referências

- BARROS, J. A. C. *Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?* Brasília, DF: Unesco, 2004.
- BNDES - BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. *Relatório setorial nº 1: empresas, responsabilidade corporativa e investimento social*. Brasília, DF, 2000.
- COELHO, C. C. *Contribuição para uma política nacional de medicamentos*. 1980. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1980.
- IBASE - INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS. *Balanço Social*. Disponível em: <<http://www.ibase.br>>. Acesso em: 09 jul. 2007.
- LEFÈVRE, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.
- NASCIMENTO, M. C. Medicamentos, comunicação e cultura. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 179-193, set./dez. 2005. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10so/a20v10so.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2007.
- OLIVEIRA, G. G. *A indústria farmacêutica e o controle internacional de medicamentos*. Brasília, DF: Gráfica do Senado, 1997.

Recebido em: 21/08/2007

Reapresentado em: 23/01/2008

Aprovado em: 03/02/2008